

PSYCHOTERAPIA 1 (172) 2015

strony: 85-94

## TRUDNOŚCI POCZĄTKUJĄCYCH TERAPEUTÓW — PRZEGLĄD LITERATURY

NOVICE THERAPISTS' DIFFICULTIES. A LITERATURE REVIEW

Beata Zielińska

Instytut Analizy Grupowej „Raszów”  
Przewodniczący Zarządu Instytutu Analizy Grupowej „Raszów”:  
Łukasz Dobromirski

**emotions**  
**cognition**  
**neurobiology**

*Artykuł prezentuje opisane w literaturze wyniki badań dotyczących trudności, z jakimi borykają się w swojej pracy psychoterapeuci na początku swojej drogi zawodowej. Autorka charakteryzuje obszary funkcjonowania w roli, sprawiające początkującym terapeutom szczególne trudności. Refleksji zostały poddane rodzaje trudności u terapeutów szkolących się w podejściu psychodynamicznym oraz poznawczo-behawioralnym.*

**Summary:** Literature about difficulties in novice therapist practice appears from the 1950's. Usually it contains qualitative research, case studies or review papers regarding this subject. The most common difficulties are: anxiety about one's incompetence, managing with work complexity, using ones own feelings regarding work with patients, beliefs how therapy should work, boundaries around one's self, evaluation during supervision and the use of basic therapeutic techniques. Within the described techniques there is a mention of common difficulties for therapist from different orientations. They are connected to a general specification of the therapist's work – meeting with patients, imperfect use of therapeutic techniques or ones own beliefs how the therapy should work and what is the aim of it. Difficulties characteristic for psychodynamic or cognitive-behavioral orientation are mentioned which are probably a consequence of the basic assumptions for each of the orientations. Reviewed literature rarely connects difficulties to the personality of the therapist. This work shortly describes a connection between personality traits and therapeutic orientation.

### Wstęp

Badania dotyczące trudności w pracy początkujących terapeutów podjęte w latach pięćdziesiątych prowadzone są też obecnie. Publikacje odnoszą się do terapeutów różnych nurtów teoretycznych i opisują trudności, jakie mogą występować na początku ich drogi zawodowej. Nie ma jasnego określenia początkującego terapeuty. W literaturze można znaleźć wiele propozycji definicji odnoszących się do tego okresu rozwoju zawodowego — przykładowe mówią o absolwentach psychologii klinicznej, którzy nie przekroczyli 1500 godzin praktyki pod superwizją [1], albo rezydentach psychiatrii pierwszego roku [2]. W badaniach dotyczących początkujących terapeutów osobami badanymi często są studenci, którzy kończą lub ukończyli specyficzny program szkoleniowy w danej instytucji [3, 4].

Obszary często sprawiające trudność początkującym terapeutom to: poczucie braku kompetencji, złożona problematyka pracy, przekonania dotyczące tego, jak powinna

wyglądać terapia, odczytywanie własnych uczuć i sygnałów niewerbalnych wysyłanych przez pacjenta, wyznaczanie granic własnego „Ja”, ocena wynikająca z superwizji czy wykorzystywanie podstawowych technik terapeutycznych.

W niniejszej pracy przedstawię trudności początkujących terapeutów opisywane w literaturze i związane z własnym doświadczeniem uczenia się zawodu terapeuty. Krótko zostanie omówiony rodzaj trudności mogących występować u terapeuty szkolącego się w podejściu psychodynamicznym czy poznawczo-behawioralnym oraz ich związek z jego osobowością.

### **Wspólne trudności początkujących terapeutów różnych nurtów teoretycznych**

#### **Poczucie braku kompetencji**

Najbardziej centralnym problemem, z którym borykają się terapeuci nowicjusze, wydaje się uczucie lęku wynikające z braku kompetencji i niepewności co do własnych umiejętności klinicznych [5, 6]. Poczucie związane z byciem niekompetentnym to emocje i myśli, które powstają, kiedy wiara terapeuty w swoje możliwości jest zredukowana lub wewnętrznie podważana [7]. Przeżycia te są rezultatem deprecjacji własnych umiejętności i subiektywnych ocen własnego działania jako praktyka. Jednocześnie nie są one wskaźnikiem określającym rzeczywisty poziom wykonywanych zadań. Lęk przed niekompetencją motywuje do większej refleksyjności w pracy, a także do zdobywania wiedzy przez czytanie literatury poświęconej problemom dostrzeżonym w terapii pacjentów [5].

Według literatury poczucie niekompetencji związane jest ze stresem, wypaleniem zawodowym, depresją, niską samooceną czy przedwczesnym porzuceniem zawodu terapeuty [5, 8, 9]. Wydaje się, że wątpliwości dotyczące własnych umiejętności mogą być zagrażające zarówno dla praktykującego terapeuty, jak i dla samego procesu terapeutycznego. Wiele programów treningowych różnych nurtów terapeutycznych czy doradztwa psychologicznego pomija ten temat, dlatego ważne wydaje się zwrócenie na niego uwagi i jego opracowanie [10].

W badaniu Hill, Sullivan, Knox i Schlosser [6] koncentrowali się na tym, jakie uczucia i wątpliwości towarzyszą początkującym terapeutom. Analizowano tygodniowe dzienniki pisane przez osoby chodzące na kurs doradztwa psychologicznego (ang. *counselling psychology*) przez jeden semestr studiów doktoranckich. Głównymi trudnościami okazały się samokrytycyzm i lęk z powodu niewiedzy, „co robić” i co „powinno się zrobić” w danym momencie sesji [6]. Problematyczne były dla osób badanych ich własne reakcje na spotkanie z pacjentem i trudność w poradzeniu sobie z nimi. Autorzy wymieniają trzy główne trudności w reakcji na pacjentów: nadmierną lub zbyt małą identyfikację z pacjentem, niepokój i złość, kiedy pacjent nie potwierdza swoim zachowaniem oczekiwanych reakcji w trakcie sesji, oraz potrzebę wyjścia poza rolę terapeuty i towarzyszącą temu niepewność co do adekwatności takiego zachowania. Kłopot początkującym terapeutom sprawiało także wykorzystywanie umiejętności klinicznych, tj. zadawanie otwartych pytań czy dokonywanie interpretacji.

Lęk wynikający ze świadomości własnych umiejętności powoduje także wzrost koncentracji uwagi na swoich przeżyciach, co utrudnia kontakt z pacjentem [5, 11]. Dla początkującego terapeuty problemem może być nadmierny samokrytycyzm, dotyczący

braku uważności w trakcie sesji, czy niepewność tego, co i jak powinno zostać powiedziane w danym momencie terapii [4, 9].

### Złożona problematyka pracy

Terapeuta ma wiele zadań do wykonania: przygotować się przed sesją, odbyć spotkanie z pacjentem, opracować zebrany materiał korzystając z podejścia teoretycznego. Aby zrozumieć ludzkie zachowanie, musi używać sposobów myślenia, które nie są linearne, logiczne czy sekwencyjne. Opanowanie tego typu umiejętności i płynności w technice może zająć całe lata [12]. Praca z pacjentem wymaga również umiejętności tworzenia metafor, uruchomienia ego obserwującego i widzenia terapii z różnych perspektyw [14]. Niedostateczny poziom posiadanych umiejętności, brak ugruntowanej wiedzy i niewiele praktyki mogą powodować u początkujących terapeutów niepokój i poczucie niepewności, które spośród wielu czynników wchodzących w skład terapii są w danym momencie ważne.

Wydaje się, że sposobem poradzenia sobie z niepokojem towarzyszącym pracy ze złożoną problematyką jest koncentracja na konkretnych rozwiązaniach, które początkujący terapeuta zapamiętał ze szkolenia czy znalazł w literaturze. W praktyce może się to wyrażać nieumiejętnością wyjścia poza poziom werbalnej narracji pacjenta i odczytywaniem sygnałów płynących od niego w bardzo konkretny sposób. Oznacza to, że terapeuta odczytuje słowa i zachowanie niewerbalne pacjenta w bardzo zawężony sposób, tracąc z oczu szerszy obraz tego, co może on przekazywać w trakcie terapii [2]. Jednocześnie zawężenie pola obserwacji pomaga w zmniejszeniu poziomu lęku i stanowi funkcję uspokajającą [12].

Innego rodzaju przejawami trudności pracy ze złożoną problematyką w trakcie prowadzenia sesji może być zadawanie zbyt wielu pytań, wyrażanie empatii przez bycie zbyt współczującym, pozwalanie pacjentowi na narzekanie przez całą sesję czy podejmowanie zbyt skomplikowanych interwencji. Brak praktyki sprawia również, że terapeuta ma duży kłopot ze zmianą tematu albo nie umie zakończyć sesji w odpowiedni sposób [6].

### **Korzystanie z własnych uczuć i sygnałów niewerbalnych wysyłanych przez pacjenta**

Ważną umiejętnością terapeutyczną wymienianą w literaturze jest umiejętność korzystania z własnych odczuć w trakcie terapii i pozostawanie otwartym na różne sygnały wysyłane przez pacjenta w sposób niewerbalny [9]. Praca z procesami projekcyjnymi jest jedną z podstawowych technik stosowanych w terapiach w nurcie psychodynamicznym (indywidualnych, rodzinnych, grupowych), dlatego ważne jest uczenie się oddawania pacjentowi wyprojektowanych obiektów w zmodyfikowany sposób, przez ich wcześniejsze przyjęcie i zrozumienie [12, 13]. Dla początkującego terapeuty bywa to trudne ze względu na koncentrację na konkretach i redukcjonistyczne podejście do prowadzenia terapii czy nieprzepracowanie własnych problemów [12].

Dla początkującego terapeuty trudna może być także sytuacja, w której odczuwa on w stosunku do pacjenta podobne emocje, jakie ma do kogoś bliskiego — członka rodziny czy znajomej osoby. Wówczas jego relacja z pacjentem może zawierać części innych interpersonalnych relacji. W konsekwencji traci on zdolność do widzenia problemów pacjenta w sposób obiektywny i zdolność do reflektowania nad nimi w oderwaniu od swoich

osobistych relacji. Spóźnienia, nieobecności pacjentów wywołują poczucie winy, zawód, frustrację i złość, a czasami ulgę, kiedy dzwonią i odwołują sesję. Może się to wiązać z cechami i osobowością pacjenta czy właściwościami relacji, jaką terapeuta z nim ma. Jednak może się zdarzyć, że ma to związek z indywidualnymi przeżyciami terapeuty, które uruchamiają się w kontakcie z pacjentem. Początkujący terapeuci relacjonują, że trudno jest odnosić się do tych nieprzewidzianych sytuacji i radzić sobie z własnymi uczuciami, które temu towarzyszą [6, 12].

#### Przekonania dotyczące tego, jak powinna wyglądać terapia

Początkujący terapeuci często są przekonani, że przychodzący do nich pacjenci potrzebują eksperta, który rozwiąże ich problem [9]. Myślenie o sobie jako ekspercie wzmacnia poczucie zagrożenia, ponieważ stawia wymagania, aby spełniać oczekiwania pacjenta związane z wiedzą i doświadczeniem terapeuty [4]. Dodatkowo brak lub niewielka liczba godzin spędzonych z pacjentami podczas terapii sprawia początkującemu terapeutycie trudność w ocenie, czy leczenie przynosi skutki i czy „dobrze” się je prowadzi. Takie wątpliwości mogą powstawać z powodu braku skali porównawczej, na której można byłoby umieścić danego pacjenta, i powodują deprecjację własnych umiejętności w zderzeniu ze swoimi oczekiwaniami o potrzebie bycia ekspertem [6].

W literaturze znaleźć można dane dotyczące tego, że początkujący terapeuci, częściej niż doświadczeni, uzależniają swoją samoocenę jako praktyka od wyników terapii [9]. Jeśli pacjent nie wykazuje znaczącej poprawy, często samoocena terapeuty spada, powodując obniżenie wiary we własne umiejętności [12]. Aby bardziej realne i konkretne oczekiwania wobec terapii zajęły miejsce wyidealizowanego obrazu prowadzenia i wyników terapii, potrzebny jest upływ czasu i nabranie doświadczenia w pracy z pacjentami. Bywa, że niektóre objawy wymagają leczenia farmakologicznego, niekiedy zaś praca terapeutyczna musi zostać wykonana z innymi członkami rodziny, aby terapia konkretnego pacjenta była skuteczna [14].

#### Wyznaczanie granic własnego „Ja”

Trudnością dla początkujących terapeutów może być wyznaczenie granic self. W kontaktach z pacjentami początkujący terapeuta może starać się nadmiernie pomagać i przejmować za pacjenta odpowiedzialność za rozwiązanie jego problemów, w kontaktach zaś z rodziną i znajomymi ograniczać częstotliwość spotkań [4]. Innymi problematycznymi obszarami mogą być niezdolność do emocjonalnego nawiązania kontaktu z pacjentem i „usztynienie granic” w sytuacjach pozazawodowych [8].

Bischoff [4] wymienia główne zadanie dotyczące rozwoju self dla początkujących terapeutów — ustanowienie granicy self oddzielającej terapeuta od pacjenta i separującej zawodowe self od osobistego. Proces wyznaczania granicy self pomiędzy terapeutą a pacjentem to zdolność do rozróżnienia obowiązków należących do każdej ze stron w terapii i umiejętność odnoszenia się do nich w refleksyjny sposób [12]. W początkowym okresie prowadzenia terapii może występować zjawisko nadmiernego angażowania się terapeuty w problemy pacjenta, czego częstą konsekwencją jest przemęczenie i bycie „owładniętym” problemami pacjenta. Taki stan powoduje z jednej strony dyskomfort, z drugiej zaś budzi

refleksję dotyczącą własnych granic oraz wymusza zdefiniowanie ich na nowo. Według Bischoffa taki proces może być uniwersalny i stanowić nieodłączną część procesu klaryfikowania granic.

Granica separująca zawodowe self od self osobistego związana jest z radzeniem sobie z relacjami poza pracą. Początkujący terapeuci mogą „uszczelniać” granice w relacjach z najbliższymi osobami i ograniczać z nimi kontakt, kiedy angażują się nadmiernie w pracę z pacjentami [4]. Tego rodzaju trudności mogą występować, zwłaszcza gdy znajomi czy rodzina przychodzą do początkującego terapeuty z osobistymi problemami. Obserwacje wskazują, że wiele osób przed podjęciem zawodu terapeuty odgrywało rolę „osobistego terapeuty” dla najbliższego otoczenia. W momencie, kiedy „pomaganie” staje się zawodem, rola osobista i zawodowa mogą być pomieszane i wprawiać w zakłopotanie.

Trudność w oddzieleniu roli zawodowej od osobistej może przejawiać się także „usztynieniem granic”, czyli trzymaniem się zasad obowiązujących w danym nurcie terapeutycznym w sytuacjach pozazawodowych. W nurcie psychodynamicznym ważne jest pozostawanie neutralnym wobec pacjenta, aby mógł on w swobodny sposób tworzyć kojarzenia i projektować własne uczucia. Trudnością dla początkujących terapeutów psychodynamicznych mogą być więc sytuacje nieformalne, w których mieszają się granice i różne role społeczne czy osobiste. Problematiczna może być odpowiedź na pytanie, jak się zachować, kiedy na przykład spotka się pacjenta poza gabinetem terapeutycznym, albo czy w rozmowach z przyjaciółmi o ich problemach stosować te same techniki, co w pracy z pacjentami. W procesie wyznaczania granic własnego „Ja” pomocna wydaje się superwizja i zwiększanie doświadczenia przez kontakty z różnymi pacjentami, a także wymiana doświadczeń w grupie innych — początkujących i bardziej doświadczonych — terapeutów [4].

#### Ocena związana z superwizją

Proces superwizji nie tylko przynosi korzyści, takie jak analiza procesu terapeutycznego; stanowi również rodzaj relacji, w której oczekiwane jest spełnienie wymagań — etycznych czy edukacyjnych, koniecznych ze względu na rodzaj problemów, z którymi terapeuta ma do czynienia w swojej pracy [6]. Rola superwizji w rozwoju początkującego terapeuty wydaje się zatem dwojaka. Superwizor z jednej strony niesie pomoc, daje oparcie, udzielając konkretnych rad i dzieląc się własnym doświadczeniem, z drugiej zaś — stawia wymagania; aby im sprostać, początkujący terapeuta musi przebyć długą drogę.

Pomocna rola superwizji jest dość często opisywana w literaturze. Dohrenbusch i Lipka [15] opisują superwizora jako osobę, która pomaga zdobyć umiejętności diagnostyczne, wspiera rozwój relacji terapeutycznej i dokumentuje przebieg procesu terapeutycznego. Oprócz tego pomaga superwizantowi strukturuować pracę terapeutyczną i osiągać cel, jakim jest bycie odpowiedzialnym i efektywnym terapeutą. Kenneth Gordon [16] wymienia dziesięć kroków w terapii poznawczo-behawioralnej, m.in. zapoznanie się w trakcie superwizji z podobnymi problemami innych pacjentów, zachęcanie do refleksji, do pogłębiania wiedzy, sprawdzenie, czy problem jest zrozumiały dla superwizanta, jakie zagadnienia dotyczące pacjenta muszą zostać jeszcze poruszone podczas terapii i superwizji oraz wzięte pod uwagę w pracy własnej (np. we własnej terapii).

Trudności związane z korzystaniem z superwizji są rzadko wspomniane. Polegają one głównie na umiejętności przyjmowania komentarzy od superwizora czy grupy superwizyjnej. Opinie pokazujące odmienną czy zupełnie nową perspektywę mogą się okazać trudne do przyjęcia, ponieważ wpływają na modyfikację obrazu siebie albo zmianę postrzegania własnego stylu pracy. Komentarze superwizora, nawet jeśli mają na celu pokazać bogactwo interpretacji i znaczeń sytuacji w trakcie sesji, mogą być odbierane przez superwizanta jako wytykanie braków w jego wykształceniu i rodzaj krytyki. Ukazywanie złożoności sytuacji terapeutycznej może wprawiać w zakłopotanie i budzić wątpliwości co do własnych umiejętności jako terapeuty. W takiej sytuacji superwizor zaczyna funkcjonować nie jako osoba pomocna w uczeniu się prowadzenia terapii i analizie procesu, ale jako „karcący rodzic” czy „prześladujący obiekt”.

#### Wykorzystywanie podstawowych technik terapeutycznych w pracy

W trakcie sesji może pojawiać się niepewność tego, której techniki i w jaki sposób używać, aby pomagać pacjentom w poznawaniu i analizowaniu problemów, z którymi przychodzą [6]. Zdobyta w trakcie szkolenia wiedza może być wysoce teoretyczna, a zastosowanie jej w praktyce — sprawiać trudności.

Sublette i Novick [17] wymieniają podstawowe zasady prowadzenia psychoterapii psychodynamicznej dla początkujących terapeutów. Sugerują przede wszystkim, aby zrozumieć, dlaczego pacjent ma potrzebę, by zachowywać się właśnie w taki sposób. Dzięki temu można się wczuć w jego zachowanie i prowadzić terapię w sposób nieoceniający, co pozwala na rozwój przymierza terapeutycznego. Autorzy odnoszą się do tego, jak używać technik, takich jak: klaryfikowanie, konfrontacja czy interpretacja. Dzięki dokładnemu opisowi, w jaki sposób można użyć danej techniki terapeutycznej, ich wykorzystywanie może stać się łatwiejsze dla początkującego terapeuty.

Andolfi, Ellenwood i Wendt [11] podkreślają, że dla początkującego terapeuty rodzinnego bardzo trudne jest radzenie sobie ze złożonością sytuacji prowadzenia terapii rodzinnej. Techniki pracy uzależnione są od tego, w jakim miejscu odbywa się terapia — czy jest to ośrodek, do którego rodzina przychodzi, czy też środowisko, w którym żyje. Prowadzenie terapii w domu wymaga większej asertywności i umiejętnego budowania relacji, aby nie stać się „członkiem rodziny” czy „przyjacielem”. Z czasem niezbędne jest wykształcenie technik, które pozwalają terapeutom na jednoczesną przynależność i dystansowanie się od rodziny będącej w terapii, a także na dostrzeganie perspektywy każdego z jej członków, by rozumieć i móc odnosić się do złożonej problematyki terapii rodzinnej.

#### Inne trudności początkujących terapeutów w prowadzeniu terapii

Oprócz problemów opisywanych powyżej, literatura wspomina też o innym rodzaju trudnościach w początkowym okresie prowadzenia terapii. Wymienia wśród nich doznania somatyczne, takie jak bezsenność, płaczliwość, zmniejszony apetyt czy dolegliwości żołądkowe, na które w badaniu Bischoffa [4] skarżyli się terapeuci w pierwszych trzech miesiącach praktyki.

Inną wspólną trudnością dla różnych podejść terapeutycznych może być „odwrócenie ról i wieku”, czyli sytuacje, kiedy do młodego terapeuty przychodzi starszy od niego pacjent.

Początkujący terapeuta może zadawać sobie pytania, czy jest wystarczająco doświadczony, aby pomagać komuś starszemu. W takiej sytuacji może mieć obawy związane z „byciem ekspertem” i wątpliwościami, czy jest wystarczająco „dobry”, aby pomagać komuś, kto ma więcej życiowego doświadczenia. Wiąże się to z łamaniem schematu społecznego i poznawczego, że to młodszy (dzieci) przychodzą po pomoc do starszych (rodziców) [18].

### **Trudności w początkowym okresie prowadzenia terapii psychodynamicznej i poznawczo-behawioralnej a cechy osobowości terapeuty**

Dla początkujących terapeutów wspólne wydają się trudności, które dotyczą ogólnej specyfiki pracy — spotkań z pacjentami, niedoskonałego warsztatu technik czy mierzenia się z własnymi oczekiwaniami związanymi z tym, jak ma wyglądać przebieg psychoterapii i jej efekty. Dzielią oni również niektóre cechy osobowości z obszaru zachowań społecznych. W podobnym stopniu przywiązują wagę do własnych wewnętrznych (*internal*) i zewnętrznych (*external*) sygnałów o sytuacjach, w których się znajdują. Podobnie wykazują zainteresowanie i chęć opieki nad innymi osobami, cenią sobie jasne myślenie i analizę, a także są skłonni testować prawdopodobieństwo swoich obserwacji [19].

Oprócz wspólnego mianownika łączącego cechy osobowości i trudności w początkach terapii w różnych podejściach teoretycznych, wymienić można również obszary specyficzne. Wybór rodzaju terapii, w jakiej dana osoba chce się szkolić, łączy się z jej osobistymi preferencjami i cechami osobowości. Trudno wyjaśnić bezpośredni związek między osobowością a preferencjami w sposobie prowadzenia terapii, można jednak zauważyć pewne tendencje, które pomagają w wyjaśnieniu specyficznych trudności terapeutów poznawczo-behawioralnych i psychodynamicznych.

### **Trudności w pracy początkujących terapeutów poznawczo-behawioralnych a cechy ich osobowości**

Duża część pracy w terapii poznawczo-behawioralnej odbywa się według podręcznika do prowadzenia terapii, tak zwanego manuala. Wyznacza on tematy i zadania do samodzielnego wykonania przez pacjenta w domu, a także sugestie omówienia tych problemów dla terapeuty [20]. Być może struktura, w której prowadzona jest terapia, powoduje, że początkujący terapeuci poznawczo-behawioralni mają mniejszą tendencję do przeżywania lęku i depresji na początku pracy niż terapeuci psychodynamiczni. Z drugiej strony może się to wiązać z trudnością w prowadzeniu terapii w niekonwencjonalnych sytuacjach, np. kiedy pacjent wyraża myśli i uczucia nienawiązujące do „zadanego” tematu. Początkujący terapeuta, kurczowo trzymający się instrukcji, może być zaskoczony treściami spoza podręcznika i mieć trudność w odnoszeniu się do wypowiedzi pacjenta, z uwzględnieniem hipotezy dotyczącej jego psychopatologii. Z literatury wiadomo, że początkujący behawiorysty bywają bardziej konwencjonalni, zdyscyplinowani, układni i skrupulatni niż terapeuci psychodynamiczni [19]. Z tego powodu trudność mogą sprawiać im nietypowe sytuacje z pacjentami, które wykraczają poza opis zamieszczony w podręczniku.

Z badań nad cechami osób prowadzących terapię w różnych nurtach wynika, że terapeuci poznawczo-behawioralni mają tendencję do koncentrowania się na sobie, silnego poczucia tożsamości i bycia bardziej niezależnymi od innych [21]. Mają mniejszą potrzebę

wyrażania uczuć w relacjach niż terapeuci psychodynamiczni, co mogłoby wyjaśniać ich skłonność do prowadzenia terapii w sposób dyrektywny. Te różnice w cechach terapeutów obu podejść nie muszą jednak odzwierciedlać się w pracy klinicznej [19].

### **Trudności w pracy początkujących terapeutów psychodynamicznych a cechy ich osobowości**

Jedną z głównych cech terapii psychodynamicznej jest jej niedyrektywność. Terapeuta pozostawia wiele przestrzeni na wypowiedzi pacjenta i nie narzuca mu tematów, na które miałby się wypowiadać. Rodzaj wycofania, w jakim znajduje się terapeuta, pozwala na oglądanie z dystansu tego, co dzieje się między nim a pacjentem, jednocześnie jednak pozwala mu na mniejszą aktywność w trakcie terapii niż w przypadku terapii poznawczo-behawioralnej. Trudność mogą więc sprawiać sytuacje wymagające większej aktywności i dyrektywnego podejścia. Terapeuci psychodynamiczni częściej niż poznawczo-behawioralni są wrażliwi na zagrożenia i unikają niepotrzebnego ryzyka. Mogłoby to tłumaczyć, dlaczego ten rodzaj terapii jest wybierany przez nich częściej.

Inną charakterystyką terapii psychodynamicznej, prócz jej niedyrektywności, jest skoncentrowanie na analizie uczuć pacjenta i uczuć przeciwprzeniesieniowych terapeuty. Pacjent, na podstawie analizy relacji i przeżywanych uczuć podczas terapii, może zastanawiać się wraz z terapeutą nad innymi relacjami w swoim życiu. Terapeuci psychodynamiczni są bardziej świadomi uczuć, takich jak lęk czy związanych z depresją [19]. Być może dlatego łatwiej im wczuwać się w sytuacji pacjenta i omawiać pojawiające się. Z drugiej jednak strony, trudnością może być radzenie sobie z pacjentami, którzy mają utrudniony dostęp do własnych emocji i potrzebują od terapeuty bardziej dyrektywnej postawy w trakcie terapii.

### **Podsumowanie**

Przegląd literatury pokazuje, że wśród początkujących psychoterapeutów obecny jest temat trudności, z jakimi spotykają się na swojej drodze zawodowej. Pomimo braku spójnej definicji „początkującego terapeuty”, badania odnoszą się w większości do osób kończących szkolenie terapeutyczne lub będących tuż po jego zakończeniu, ale które rozpoczęły praktykę i mają styczność z pacjentami. Wśród wielu opisanych trudności, najczęściej powtarzającymi się są: poczucie braku kompetencji, złożona problematyka pracy, korzystanie z przeciwprzeniesienia, przekonania dotyczące tego, jak powinna wyglądać terapia, odczytywanie własnych uczuć i sygnałów niewerbalnych wysyłanych przez pacjenta, wyznaczanie granic własnego „Ja”, ocena związana z superwizją czy wykorzystywanie podstawowych technik terapeutycznych.

Sposobem na poradzenie sobie z wymienionymi trudnościami wydaje się superwizja, która pomimo aspektu związanego z oceną, stanowi jeden z najważniejszych czynników pomocnych i rozwojowych dla początkującego terapeuty. Superwizorzy stają się wsparciem dla początkujących terapeutów ze względu na swoją wiedzę i doświadczenie. Są widziani jako ci, którzy przeszli podobną drogę i można polegać na ich zdaniu [12]. Superwizja daje możliwość omówienia procesu terapeutycznego i szerszego spojrzenia na to, co dzieje się w terapii. Dzięki omawianiu trudności powstających w trakcie procesu terapeutycznego



możliwe jest poradzenie sobie np. z lękiem, oczekiwaniami co do przebiegu terapii, a także własnymi trudnymi uczuciami [4, 6].

Wątkiem, który wydaje się pomijany w badaniach, jest wątek cech osobowości terapeuty w relacji do jego orientacji teoretycznej. Trudno ocenić jednoznacznie wpływ cech osobowości na wybór nurtu teoretycznego, w którym szkoli się terapeuta, prawdopodobnie osobiste preferencje mają wpływ na to, z jakimi trudnościami decyduje się — świadomie czy nieświadomie — borykać w swojej pracy. Jest to temat do dalszych badań i analizy.

### Piśmiennictwo

1. Eells TD, Lombart KG, Salsman N, Kendjelic EM, Schneiderman CT, Lucas C. Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychother. Res.* 2011; 21(4): 385–399.
2. Cicchetti DV, Ornston PS. The initial psychotherapy interview: A content analysis of the verbal responses of novice and experienced therapists. *J. Psychol. Interdisc. Appl.* 1976; 93(2): 167–174.
3. Butler MH, Davis SD, Seedall RB. Common pitfalls of beginning therapists utilizing enactments. *J. Mar. Fam. Ther.* 2008; 34(3): 329–352.
4. Bischoff RJ. Themes in therapist development during the first three months of clinical experience. *Contem. Fam. Ther.* 1997; 19(4): 563–580.
5. Thériault A, Gazzola N, Richardson B. Feelings of incompetence in novice therapists: consequences, coping, and correctives. *J. Couns.* 2009; 43(2): 105–119.
6. Hill CE, Sullivan C, Knox S, Schlosser L. Becoming therapists: The experiences of novice therapists in a beginning graduate class. *Psychother. Theory Res. Pract. Train.* 2007; 44: 434–449.
7. Thériault A. Therapists' feelings of incompetence: A grounded theory analysis of experienced clinicians. Unpublished doctoral dissertation. McGill University, Montreal, 2003.
8. Rodolfa ER, Kraft WA, Reilley RR. Stressors of professionals and trainees at APA-approved counseling and VA medical center internship sites. *Profess. Psychol. Res. Prac.* 1998; 19(1): 43–49.
9. Misch DA. Great expectations: mistaken beliefs of beginning psychodynamic psychotherapists. *Am. J. Psychother.* 2000; 54(2): 172–203.
10. Brady JL, Guy JD, Poelstra P, Brown CK. Difficult goodbyes: A national survey of therapists' hindrances to successful terminations. *Psychother. Priv. Pract.* 1996; 14(4): 65–76.
11. Andolfi M, Ellenwood AE, Wendt RN. The creation of the fourth planet: Beginning therapists and supervisors inducing change in families. *Am. J. Fam. Ther.* 1993; 21(4): 301–312.
12. Skovholt TM, Ronnestad MH. Struggles of the novice counselor and therapist. *J. Career Develop.* 2003; 30(1): 45–58.
13. Yassky AD. Active utilization of the group therapist's countertransference. *Group Anal.* 1979; 12(3): 229–234.
14. Kovitz B. To be beginning psychotherapist: How to conduct individual psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 1998; 52: 103–115
15. Dohrenbusch R, Lipka S. Assessing and predicting supervisors' evaluations of psychotherapists – an empirical study. *Couns. Psychol. Quart.* 2006; 19 (4): 395–414.
16. Gordon KP. Ten steps to cognitive behavioural supervision. *Cogn. Beh. Ther.* 2012; 5: 71–82.
17. Sublette ME, Novick J. Essential techniques for the beginning psychodynamic psychotherapist. *Am. J. Psychother.* 2004; 58(1): 67–75.

18. Carkhuff RR, Feldman MJ, Truax CB. Age and role reversal. *Therapy. J. Clin. Psychol.* 1964; 20: 398–402.
19. Arthur A. The personality and cognitive-epistemological traits of cognitive-behavioural and psychoanalytic psychotherapists. *Brit. J. Med. Psychol.* 2000; 73(2): 243–257.
20. Cully JA, Teten AL. A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy. Houston: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC; 2008 [http://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists\\_guide\\_to\\_brief\\_cbtmanual.pdf](http://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf)[http://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists\\_guide\\_to\\_brief\\_cbtmanual.pdf](http://www.mirecc.va.gov/visn16/docs/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf)
21. Heffler B, Sandell R. The role of learning style in choosing one's therapeutic orientation. *Psychother. Res.* 2009; 19(3): 283–292.

Adres: [beatka.zielinska@gmail.com](mailto:beatka.zielinska@gmail.com)